



# **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

## **Caso Clínico: Plan de Cuidados al paciente con hemorragia subaracnoidea**

Iciar Sánchez Galarraga

Tutora: D<sup>a</sup> Lourdes Casillas Santana

Julio, 2016

# ÍNDICE

	Página
1. Resumen y palabras clave .....	- 3 -
2. Abstract .....	- 5 -
3. Introducción .....	- 7 -
4. Objetivos .....	- 9 -
5. Modelo de Enfermería de Dorothea Orem. Teoría General de Autocuidado .....	- 11 -
6. Presentación del caso .....	- 13 -
7. Valoración según los Requisitos de Autocuidado Universal de Dorothea Orem .....	- 15 -
8. Diagnósticos de Enfermería, Problemas de Colaboración y Complicaciones Potenciales .....	- 19 -
9. Plan de Cuidados, evolución y seguimiento del caso .....	- 21 -
10. Evaluación del Plan de Cuidados .....	- 31 -
11. Discusión e implicaciones para la práctica .....	- 35 -
12. Limitaciones .....	- 37 -
13. Bibliografía .....	- 39 -
14. Anexos .....	- 43 -

## 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

**Introducción:** La hemorragia subaracnoidea es una de las enfermedades cerebrovasculares que a pesar de ser poco frecuente en España, tiene una mortalidad elevada y produce secuelas que conllevan un gran impacto en la vida de quienes la padecen.

**Objetivo:** Realizar un plan de cuidados estandarizado para el paciente con hemorragia subaracnoidea compleja.

**Material y Método:** Durante el primer día de ingreso, se realiza una entrevista a cerca del estado de salud del paciente siguiendo el modelo teórico de Dorothea Orem y su Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado. En ella se detectan varios problemas de salud. Posteriormente se establece un plan de cuidados en el que se plantean unos objetivos, con intervenciones enfermeras con el fin de solucionar dichos problemas de salud presentes. Para ello, se emplea la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

**Resultados:** Tras 16 días de ingreso se realizó una evaluación final donde se observó que la aplicación del plan de cuidados influyó favorablemente en la clínica del paciente, solucionando todos los problemas de salud que aparecieron en la estancia en la UCI.

**Discusión:** Se hace una valoración de los cuidados realizados durante el ingreso, echando en falta movilizaciones pasivas para evitar el síndrome de desuso. Además, se pone de manifiesto la importancia de los cuidados estandarizados para una mejor ejecución de unos cuidados de calidad ajustándolos a cada situación concreta y la necesidad de la aplicación del proceso enfermero durante la práctica asistencial.

**Palabras clave:** Hemorragia subaracnoidea, aneurisma, plan de cuidados, cuidados enfermeros.

## 2. ABSTRACT

**Introduction:** Subarachnoid hemorrhage is one of the cerebrovascular diseases that in spite of being slightly frequent in Spain, it has a high mortality and can lead to consequences that may carry a great impact in the life of those who suffer it.

**Objective:** To make a standardized care plan for a patient with complex subarachnoid hemorrhage.

**Material and Method:** During the first day of hospitalization, a meeting is held in order to know the state of health of the patient based on the theoretical model of Dorothea Orem and her Theory Nurse of the Deficit of Autocare. Several problems of health are detected then. Afterwards a care plan is established in which objectives are set up, with nurse's interventions in order to solve the above mentioned problems of health. For this purpose, the NANDA, NIC and NOC taxonomy is used.

**Results:** After 16 days of hospitalization, a final evaluation was made and it was found out that the application of the care plan had positively influenced the patient's clinic, being able to solve all the health problems that appeared during the stay at the UCI.

**Discussion:** An evaluation of the cares realized during the patient's hospitalization was made, and the lack of passive mobilizations to avoid the syndrome of disuse was detected. In addition, standardized care plans are exposed to proof the importance they have on the execution of quality cares fitting them to each concrete situation and the need of the application of the nursing process during the welfare practice.

**Key words:** Subarachnoid hemorrhage, aneurysm, care plan, nursing care.

### 3. INTRODUCCIÓN

La hemorragia subaracnoidea (HSA) es una salida de sangre de los vasos cerebrales al espacio subaracnoideo. Es el subtipo de ictus hemorrágico menos frecuente pero a su vez el que mayor morbimortalidad y dependencia produce. Incide en personas jóvenes sin ninguna patología previa y completamente independientes para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).<sup>(1)</sup>

La HSA supone un 5% de todos los ictus. Este porcentaje ha aumentado en los últimos años debido al descenso en la incidencia de los otros subtipos de ictus por un mejor control de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV). Estudios realizados por la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC) revelan un incremento en la incidencia a partir de los 50 años, siendo superior en mujeres.<sup>(1,2)</sup>

La principal causa de HSA no traumática es la ruptura espontánea de un aneurisma en el 80 – 85% de los casos. La HSA no aneurismática se da en un 10 – 15% de los casos.<sup>(1,2,3)</sup>

En España, la incidencia de HSA es aproximadamente entre 6 - 9 casos por 100.000 habitantes/año. La tasa de mortalidad de los casos de HSA aneurismática ronda el 50%, y hay que señalar que entre el 5 – 12% de las personas que la sufren fallecen antes de llegar al hospital o de recibir un diagnóstico claro. En Estados Unidos, la incidencia es similar a la de España, situándose entre 6 – 8 casos por 100.000 personas/año. China registra la menor incidencia, siendo de 2.2 cada 100.000 residente/año, mientras que en Finlandia se registra la mayor, entre 33 – 37 casos cada 100.000 habitantes/año.<sup>(1)(2)(3)</sup>

En el caso de las HSA producidas por un aneurisma, la localización más frecuente de éste es la arteria comunicante anterior (36%), seguida de cerebral media (26%), comunicante posterior (18%) y carótida interna (10%) mientras que la malformación arteriovenosa (MAV) sólo se da en el 2% de los casos.<sup>(1)</sup>

En España, se realiza tratamiento reparador del aneurisma en el 85% de los casos de HSA aneurismática. Ese tratamiento se hace en las primeras 72h en el 64% de los casos, siendo la reparación por vía endovascular en el 56% de los mismos.<sup>(1)</sup>

Se han descrito factores de riesgo (FR) modificables que pueden influir en la aparición de HSA como son la hipertensión arterial (HTA) debido a la alteración de la pared vascular que la hace más frágil y con más facilidad para su rotura, el hábito

tabáquico y la ingesta excesiva de alcohol. Así mismo existen otros FR no modificables como es la predisposición familiar a presentar HSA.<sup>(1,2,4)</sup>

## **4. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Realizar un plan de cuidados estandarizado para un paciente ingresado en la UCI a consecuencia de una HSA compleja.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar los principales problemas de colaboración y complicaciones potenciales que aparecen durante la estancia en la UCI del paciente con HSA.

- Planificar y ejecutar un plan de cuidados para cubrir los déficits de autocuidado de un paciente que ingresa en la UCI a consecuencia una HSA.

- Evaluar diariamente el plan de cuidados para conocer el logro de los objetivos planteados.

## **5. MODELO DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA OREM. TEORÍA GENERAL DE AUTOCUIDADO**

Dorothea Elizabeth Orem nació el 15 de Julio de 1914 en Baltimore, Maryland. Falleció a la edad de 94 años, el 22 de Junio de 2007. Orem destaca por la creación de la Teoría General de Autocuidado. No le influyó ningún autor, pero se sintió inspirada por varias personas relevantes en el ámbito de la enfermería como Florence Nightingale, Hildegard Peplau y Martha Rogers entre otras.<sup>(5)</sup>

La Teoría General de Autocuidado está compuesta por tres subteorías que tienen relación entre sí.<sup>(5-7)</sup>

### **Teoría del Autocuidado:** <sup>(5-7)</sup>

Esta primera teoría nos explica cómo las personas realizan acciones destinadas a su propio cuidado en función del déficit de autocuidado que presentan.

El modo en el que cada persona cubre sus requisitos de autocuidado variará en función de las clases y grupos sociales y los propios individuos, ya que cada uno establece sus hábitos de cuidado. En el caso de personas dependientes, la agencia de autocuidado tiene que verse cubierta por el cuidador.

Además, Orem define tres requisitos de Autocuidado:

- Requisitos de Autocuidado Universal: Comunes a todas las personas y son Mantenimiento del Aporte Suficiente de Aire, Mantenimiento del Aporte Suficiente de Agua, Mantenimiento del Aporte Suficiente de Alimentos, Provisión de Cuidados Asociados con la Eliminación, Mantenimiento del Equilibrio entre Actividad – Reposo, Mantenimiento del Equilibrio entre Soledad – Interacción social, Prevención de Peligros para la Vida, el Funcionamiento y el Bienestar, y Promoción del Funcionamiento Humano y el Desarrollo dentro de los Grupos Sociales de acuerdo al Potencial Humano.

- Requisitos de Autocuidado del ciclo vital: Son aquellos que aparecen en un periodo concreto del desarrollo humano. Pueden ser: Neonato, niñez, adolescencia, edad adulta, embrazo, vejez...

- Derivados del estado de salud: Su origen radica en los procesos de enfermedad diagnóstico y tratamiento.



**Teoría del Déficit de Autocuidado:** <sup>(5-7)</sup>

El déficit de autocuidado se produce cuando la demanda de autocuidado de una persona es mayor que sus capacidades para poder llevar a cabo el autocuidado, es decir, cuando la persona no es capaz de cubrir su propia demanda de autocuidado.

**Teoría del Sistema de Enfermería:** <sup>(5-7)</sup>

El sistema de enfermería está formado por la relación interpersonal que se forma entre las enfermeras y las personas con déficit de autocuidado para poder recuperarlo. Existen tres sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo en la realización de los cuidados.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: La enfermera ejecutará las actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud, siempre bajo aceptación del paciente.
- Sistemas de enfermería de apoyo – educación: La enfermera enseña a las personas para que ellas mismas sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Por otro lado, en la Teoría General de Autocuidado intervienen los factores básicos condicionantes. Éstos son factores internos y externos a la persona que afectan a la cantidad y calidad de cuidados que requiere esa persona (demanda de autocuidado) y la capacidad para el autocuidado. Estos influyen en la cantidad y calidad de acciones de autocuidado que se llevan a cabo la persona para mantener la salud de manera satisfactoria. Estos son: sexo, estado de desarrollo, estado de salud, conocimiento sobre la salud, sistema familiar, estilo de vida y factores ambientales.

## 6. PRESENTACIÓN DEL CASO

JGA es un varón de 32 años que acudió el en diciembre de 2015 de madrugada a la Urgencia de un Hospital público de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) por cefalea muy intensa acompañada de náuseas y vómito alimenticio. En la exploración física realizada por el Médico de Guardia (MG) aquella noche JGA refiere cefalea de 10/10 en la Escala Verbal Numérica (EVN) <sup>(8)</sup> (ver anexo 1). En los días previos, no había presentado cefalea de esas características. En el resto de la exploración, no se detectaron alteraciones de los sistemas corporales (circulatorio, respiratorio, urinario, digestivo y nervioso) aunque si mal estado general. Por ello, el MG decide pedir una analítica (hemograma, bioquímica y coagulación) y un TAC de cráneo urgente. Además el MG pauta Ondansetron 4mg IV + Ketorolaco 30mg IV. La enfermera a cargo de JGA aquella noche en la urgencia, extrae la analítica solicitada y administra la medicación pautada.

Durante la exploración las constantes medidas a JGA son:

- TA: 168/100mmHg                      - FC: 76 lpm                      - T<sup>a</sup>: 36,2°C.
- FR: 20 rpm                              - SpO<sub>2</sub>: 98% basal

Tras la llegada de los resultados de la analítica, se observa un aumento de los Leucocitos respecto a los valores normales  $11.19 \times 10^3/\text{microL}$  (4.0 – 11.5), Neutrófilos  $11.16 \times 10^3/\text{microL}$  (1.5 – 7.5), Monocitos  $1.62 \times 10^3/\text{microL}$  (0.2 – 1.0), Eosinófilos  $0.57 \times 10^3/\text{microL}$  (0 – 0.4) y Plaquetas  $484.0 \times 10^3/\text{microL}$  (150.0 – 400.0)

Por otro lado, en el TAC craneal se observa Hemorragia Subaracnoidea (HSA) espontánea (ver anexo 2), por lo que se decide ampliar el estudio con un AngioTC de arterias supra aórticas y polígono de Willis. En él se observa un aneurisma de 8mm en probable dependencia de la arteria comunicante anterior (ACA) como probable origen del sangrado.

Dada la clínica del paciente se decide ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para vigilancia neurológica. El paciente ingresa aquella noche a las 3:30 en la UCI.

A su llegada, se emplea el algoritmo ABCDE para una primera valoración al ingreso. JGA tiene la vía aérea permeable con gafas nasales (GN) a 3 litros por minuto (lpm) manteniendo una SatO<sub>2</sub> de 95%. Está hemodinámicamente (HD) estable con

electrocardiograma (EKG) en ritmo sinusal (RS). Se le canaliza la arteria radial derecha y dos vías venosas periféricas (VVP), una en miembro superior izquierdo (MSI) con un abocath de calibre 18G y otra en miembro superior derecho (MSD) con un catéter de calibre 20G. Neurológicamente se encuentra consciente, orientado, con pupilas medias, reactivas e isocóricas, manteniendo una puntuación en la escala de Glasgow de 14 – 15/15 <sup>(9)</sup> (ver anexo 3) a pesar de mantener los ojos cerrados. Además presenta cefalea persistente de un EVN de 7. Está afebril y en dieta absoluta. El médico pauta perfusiones continuas (PC) de Fentanilo (600mcgr/50ml) a 5ml/h, Plasmalyte® a 100ml/h y Nimodipino (10g) a 10ml/h; así como paracetamol 1g (IV) y Metamizol 1g (IV) (ver anexo 4).

## **7. VALORACIÓN SEGÚN LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL DE DOROTHEA OREM**

Tras la estabilización del paciente y a lo largo del día, se procede a ampliar la información acerca de JGA a través una valoración según los Requisitos de Autocuidado de Orem<sup>(7)</sup>. Para ello, se realiza una entrevista al paciente, pero debido a su mal estar, ciertos datos se recogen a través de una segunda entrevista a su cónyuge y padres.

### **Datos Socio – Culturales:**

JGA vive en Boadilla del Monte, Madrid. Habla castellano. Tiene estudios medios. En la actualidad trabaja en una empresa pequeña. Su mujer refiere que está muy centrado en el trabajo y se agobia. Los ingresos son suficientes junto con los de su cónyuge.

Es cristiano no practicante.

Con respecto a la estructura familiar, está casado y no tiene hijos. En su unidad familiar desempeña el rol de esposo. El sistema de apoyo principal es la familia, seguido de buenos amigos.

### **Datos de Salud:**

JGA fue ingresado en la UCI con el diagnóstico médico de HSA por rotura de aneurisma. Las constantes vitales en la exploración de ingreso en la UCI son:

- |                        |                                  |              |
|------------------------|----------------------------------|--------------|
| - FC: 71 lpm           | - PA: 142/87mmHg                 | - FR: 22 rpm |
| - Tª: 36,2°C           | - Dolor: Cefalea 3 EVN           |              |
| - Sat O2: 97% GN 3 lpm | - Piel y mucosas normocoloreadas |              |

No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas (RAMC).

Exfumador desde hace un mes de 1 paquete de cigarrillos al día. No hipertensión arterial (HTA), ni diabetes mellitus (DM), ni dislipemia (DL). Tiene una buena percepción de su salud.

Tiene el calendario vacunal completo.

### **Mantenimiento de Aporte Suficiente de Aire:**

JGA se encuentra eupnéico, con GN a 3 lpm. En la inspección no se aprecian signos de disnea, tampoco tos ni secreciones. Auscultación pulmonar en la normalidad, con murmullos vesiculares conservados.

### **Mantenimiento de Aporte Suficiente de Agua:**

El paciente se encuentra en dieta absoluta, salvo agua para la toma de la medicación. No presenta edemas ni signos de deshidratación. Relleno capilar < 2 segundos.

### **Mantenimiento de Aporte Suficiente de Alimentos:**

JGA se encuentra en dieta absoluta con glucemias en rango. Presenta náuseas con 3 vómitos alimenticios a lo largo del día (ver anexo 4).

### **Provisión de Cuidados Asociados con la Eliminación:**

El paciente realiza diuresis espontánea de 450ml (ver anexo 4). La orina es de color amarillo claro no turbia y olor suave. Desde el ingreso, el paciente no ha realizado deposición. Sudoración acorde con la inmovilización.

### **Mantenimiento del Equilibrio entre Actividad – Reposo:**

JGA se encuentra encamado con medias de compresión neumáticas desde el ingreso según protocolo de ingreso en UCI.

### **Mantenimiento del Equilibrio entre Soledad – Interacción social:**

JGA reside con su mujer. No existen problemas con las relaciones familiares ni de amistad. Durante la estancia hospitalaria, en el horario de visita recibe visita diaria de su esposa y sus padres.

No tiene alteraciones auditivas, ni visuales, ni problemas en la comunicación. Es capaz de expresarse verbal y no verbalmente de manera congruente.

### **Prevención de Peligros para la Vida, el Funcionamiento y el Bienestar:**

JGA no tiene ninguna herida crónica o aguda. Según el protocolo de la UCI, el paciente es aseado en la cama.

Se encuentra consciente, orientado y colaborador. Pupilas reactivas, medias e isocóricas. Puntuación en la escala de Coma de Glasgow de 15/15. Fuerza y movilidad conservada en los miembros superiores (MMSS) e inferiores (MMII) con un valor de 5/5 en la escala de Daniels <sup>(10)</sup> (ver anexo 5). Además la sensibilidad se encuentra conservada. Para la valoración del riesgo de aparición de Úlceras por Presión (UPP) se utilizó la escala de Braden <sup>(11)</sup> (ver anexo 6) obteniendo una puntuación de 15/23 lo que nos indica que hay riesgo de que aparezcan.

### **Promoción del Funcionamiento Humano y el Desarrollo dentro de los Grupos Sociales de acuerdo al Potencial Humano:**

JGA se encuentra preocupado debido a su ingreso en la UCI y el problema de salud que padece.

## 8. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, PROBLEMAS DE COLABORACIÓN Y COMPLICACIONES POTENCIALES

Durante la estancia de JGA en la UCI Médica, surgieron varios problemas de salud que no se pueden clasificar todos juntos, sino que existen dos tipos: diagnósticos de Enfermería (DdE) y Problemas de Colaboración (PC).<sup>(12)</sup>

Los diagnósticos de enfermería (DdE) pueden definirse como *“Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable”* y los problemas de colaboración (PC) como *“Problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico”*.<sup>(12)</sup>

Teniendo en cuenta estas definiciones, la mayoría de las situaciones que nos encontramos en la UCI son problemas de colaboración, ya que la resolución de los mismos se realiza de forma multidisciplinar y no depende únicamente del trabajo de la enfermera. Además, la enfermera es capaz de identificar el problema, pero debido a que la resolución del mismo depende del médico para confirmar el diagnóstico y pautar el tratamiento, la resolución final es de forma multidisciplinar.<sup>(12)</sup>

No todas las situaciones que nos encontramos en la UCI están ocurriendo. En muchas ocasiones, hay un riesgo de que aparezcan debido a la presencia de factores que lo producen. En este caso, en el que el problema de colaboración no ha sucedido, pero hay un riesgo de que suceda, se denomina complicación potencial.<sup>(12)</sup>

Por ello, en el plan de cuidados encontraremos problemas de colaboración y complicaciones potenciales, ya que la resolución de los mismos depende de todo el equipo que está a cargo del paciente.

## 9. PLAN DE CUIDADOS, EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CASO

Durante el ingreso hospitalario de JGA, se pueden observar tres claras etapas de cuidados que surgen de la evolución clínica. Dado a que el plan de cuidados se ejecuta en una UCI, la evaluación de la consecución de los objetivos planteados es diaria, ya que la situación crítica del paciente lo requiere. Así mismo se realiza una nueva valoración cada vez que cambia la situación del paciente que conlleva la posibilidad de introducir cambios en el Plan de Cuidados para adecuarlo a la nueva situación de la persona.

### **Bloque I: Plan de Cuidados del día 1 al 4 de ingreso** <sup>(13,14)</sup>

Al día siguiente del ingreso en UCI, JGA es conducido a la sala de radiología vascular intervencionista para realización de una arteriografía cerebral por HSA y embolización del aneurisma. Para ello, el paciente fue sedado con Propofol al 2%, intubado y se le colocó una sonda vesical. La embolización se realizó a través de la canalización de la arteria femoral derecha, en la que posteriormente se deja el introductor.

A media tarde se decide extubar a JGA y se coloca ventimask al 60% para mantener saturaciones de O<sub>2</sub> del 94%. En el turno de noche se requiere subir el aporte de O<sub>2</sub> al 80%. A lo largo de la tarde, JGA se queja de dificultad para movilizar el miembro inferior derecho (MID). Al dolor retira el miembro, pero presenta mayor dificultad en la movilización espontánea. Por ello, el médico de guardia decide la retirada del introductor por si interfiriera en la valoración y decide repetir el TAC craneal en el que no se observa hidrocefalia, ni resangrado, ni isquemia. Además durante el turno de tarde presenta un pico febril máximo de 37.7°C.

El principal problema es la complicación potencial de vasoespasmo e HTIC, derivados de la patología de ingreso. Además, por presentar catéteres y sondaje vesical tiene un riesgo de infección, y debido a la estancia en UCI, tiene riesgo de presentar UPP debido a la escasa inmovilidad y enlentecimiento del tránsito intestinal por la administración de opiáceos además del déficit de movilidad. Por ello, se presenta una parte del primer plan de cuidados con las actividades a realizar en función de los resultados deseados (ver tablas 1 – 5).



<b>COMPLICACIÓN POTENCIAL: VASOESPASMO</b>	
<b>OBJETIVO:</b> El paciente no presentará vasoespasmo en los vasos sanguíneos cerebrales.	
<b>NIC 1: 2550</b>	<b>ACTIVIDADES 1:</b>
Mejora de la perfusión cerebral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar el cabecero de la cama a 30°.</li> <li>- Administrar y ajustar la dosis de fármacos vasoactivos, según prescripción, para mantener parámetros HD deseados.</li> </ul>

Tabla 1. Complicación potencial: Vasoespasmo. Objetivo y actividades

<b>COMPLICACIÓN POTENCIAL: HIPERTENSION INTRACRANEAL (HTIC)</b>	
<b>OBJETIVO:</b> El paciente mantendrá PIC en rangos normales (10 – 15 mmHg)	
<b>NIC 1: 2720</b>	<b>ACTIVIDADES 1:</b>
Precauciones con la hemorragia subaracnoidea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante todo el día, disminuir estímulos ambientales del paciente.</li> <li>- Durante todo el día, evitar la estimulación rectal y maniobra de Valsalva y flexión de la cadera.</li> <li>- Reposo en la cama a lo largo del día.</li> <li>- Evitar cefalea en cualquier momento del día.</li> </ul>
<b>NIC 2: 2620</b>	<b>ACTIVIDADES 2:</b>
Monitorización neurológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar tamaño, forma, simetría y reactividad de las pupilas. c/h</li> <li>- Vigilar de forma horaria el nivel de consciencia y orientación.</li> <li>- Realizar de forma horaria la Escala de Coma de Glasgow.</li> <li>- Explorar de forma horaria el tono muscular, movilidad y sensibilidad de MMII y MMSS con la escala Daniels.</li> <li>- Monitorizar la cefalea del paciente con la escala EVN. c/h</li> <li>- Vigilar la aparición de náuseas y vómitos.</li> </ul>

Tabla 2. Complicación potencial: HTIC. Objetivo y actividades

<b>COMPLICACIÓN POTENCIAL:</b> INFECCIÓN: CATÉTER ARTERIAL, VVP Y SV.	
<b>OBJETIVO:</b> El paciente no presentará signos de infección urinaria y en las zonas de inserción de catéteres.	
<b>NIC 1:</b> 6540	<b>ACTIVIDADES 1:</b>
Control de infecciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar diariamente que el punto de inserción de los catéteres no presentan signos de infección local y que el paciente no presenta síntomas de infección sistémica.</li> <li>- Vigilar diariamente que no presenta signos de infección urinaria.</li> <li>- Vigilar por turno el correcto funcionamiento y permeabilidad de los catéteres y SV</li> <li>- Curar catéteres y cuidados de la SV según protocolo<sup>(15)</sup></li> </ul>

Tabla 3. Complicación potencial: Infección. Objetivo y actividades

<b>COMPLICACIÓN POTENCIAL:</b> ENLENTECIMIENTO DEL TRÁNSITO INTESTINAL	
<b>OBJETIVO:</b> El paciente no presentará alteraciones del ritmo intestinal.	
<b>NIC 1:</b> 3786	<b>ACTIVIDADES 1:</b>
Control intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar si hace deposición diaria y la fecha de la última.</li> <li>- Vigilar ruidos intestinales</li> <li>- Administrar enema o supositorio s/p.</li> </ul>

Tabla 4. Complicación potencial: Enlentecimiento del tránsito intestinal. Objetivo y actividades

<b>COMPLICACIÓN POTENCIAL: ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>	
<b>OBJETIVO:</b> El paciente no presentará UPP durante el ingreso hospitalario	
<b>NIC 1:</b> 3540	<b>ACTIVIDADES 1:</b>
Prevención de las UPP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hidratación de la piel con AGHO una vez por turno.</li> <li>- Aplicar cambios posturales cada 2h y s/p.</li> <li>- Realizar el aseo en la cama y cambio de ropa de cama una vez al día y s/p.</li> <li>- Valoración de la integridad de la piel y mucosas por turno según la escala Braden.</li> </ul>

Tabla 5. Complicación potencial: Úlceras por presión. Objetivo y actividades

En el tercer día de ingreso, se realiza un doppler transcraneal (DTC) en el que no se observa vasoespasmo, pero si ausencia de flujo en Arteria Cerebral Anterior (ACA) Izquierda. Además se encuentra con tendencia a la hipertensión arterial (HTA). Neurológicamente sigue consciente y orientado en las 3 esferas con pupilas medias, isocóricas y reactivas. Presenta una puntuación en la escala de Glasgow de 14 – 15/15 con una cefalea valorada con EVN entre 4 y 7 oscilante. En la radiografía de tórax (Rx tórax) del día, se observan infiltrados bilaterales (ver anexo 2), que se acompañan con una clínica de respiración superficial, taquipnea y un empeoramiento gasométrico. Por ello, se decide retirar el ventimask al 80% y colocar gafas nasales de alto flujo (GNAF) con una FiO<sub>2</sub> de 0.8 a 40L. Se inicia antibioterapia (ver anexo 4) por infección pulmonar y fiebre. Además, el paciente se encuentra muy preocupado por empeoramiento de su salud, lo que hace que esté algo ansioso.

A medida que los días avanzan, aparecen nuevos problemas de salud. En los últimos días aparece un aumento de la temperatura corporal superior a 37.5°C por lo que aparece el PC de hipertermia. Por otro lado, debido a la preocupación acerca del problema de salud actual, aparece el PC de ansiedad que será tratado por todo el equipo (ver tablas 6, 7).

<b>PROBLEMA DE COLABORACIÓN: HIPERTERMIA</b>	
<b>OBJETIVO:</b> El paciente recuperará progresivamente la temperatura corporal normal (36 – 37°C).	
<b>NIC 1:</b> 3786	<b>ACTIVIDADES 1:</b>
Tratamiento de la hipertermia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar de forma horaria la temperatura.</li> <li>- Administración de rehidratación oral si tolera, sino IV.</li> <li>- Aplicar medidas físicas s/p.</li> <li>- Administración de antitérmicos, según prescripción.</li> <li>- Extraer muestra de sangre para hemocultivos si temperatura &gt; 38,5°C.</li> </ul>

Tabla 6. Problema de colaboración: Hipertermia. Objetivo y actividades

<b>PROBLEMA DE COLABORACIÓN: ANSIEDAD</b>	
<b>OBJETIVO:</b> El paciente disminuirá su nivel de ansiedad	
<b>NIC 1:</b> 5230	<b>ACTIVIDADES 1:</b>
Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a afrontar la situación actual mediante la explicación de la causa del problema de salud y tratamiento</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo</li> <li>- Administrar ansiolíticos s/p.</li> </ul>

Tabla 7. Problema de colaboración: Ansiedad. Objetivo y actividades

## **Bloque II: Plan de Cuidados del día 5 al 11 de ingreso** <sup>(9,10)</sup>

El quinto día de ingreso, la ventilación de JGA empeora debido a presencia de atelectasias en el pulmón que ha derivó en una neumonía, lo que motivó la necesidad de intubación endotraqueal (IOT) y sedoanalgesiar al paciente con Propofol al 2%, sin incidencias. Tras la IOT, se le conecta a ventilación mecánica (VM) en la modalidad de ventilación en presión positiva intermitente (IPPV). Además, se inicia nutrición enteral (NE) por sonda nasogástrica (SNG).

Debido a la alteración de la función respiratoria, hay una necesidad de añadir nuevos cuidados al plan, fundamentalmente respiratorios debido a un empeoramiento del patrón de Mantenimiento del Aporte Suficiente de Aire (ver tablas 8 – 11).

<b>PROBLEMA DE COLABORACIÓN: ATELECTASIA</b>	
<b>OBJETIVO:</b> El paciente recuperará el volumen pulmonar inicial de manera progresiva	
<b>NIC 1:</b> 3350	<b>ACTIVIDADES 1:</b>
Monitorización respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad, profundidad y movimiento torácico de las respiraciones.</li> <li>- Monitorización continua de la SatO<sub>2</sub> y aporte de O<sub>2</sub>.</li> <li>- Vigilar valores gasométricos de pH, pO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>.</li> <li>- Observar la disnea del paciente.</li> </ul>

Tabla 8. Complicación potencial: Atelectasia. Objetivo y actividades

<b>PROBLEMA DE COLABORACIÓN: NEUMONÍA</b>	
<b>OBJETIVO:</b> Desaparecerán los signos y síntomas de neumonía de forma progresiva en el paciente.	
<b>NIC 1:</b> 2300	<b>ACTIVIDADES 1:</b>
Administración de medicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar el tratamiento antibiótico intravenoso o nebulizadores, según orden médica.</li> <li>- Verificar la colocación y permeabilidad del catéter por el que se va a administrar el tratamiento IV.</li> <li>- Verificar la correcta colocación del nebulizador en las tubuladuras del respirador.</li> <li>- Comprobar incompatibilidades entre fármacos.</li> <li>- Seguir las 5 reglas de administración correcta de fármacos.</li> </ul>

Tabla 9. Complicación potencial: Neumonía. Objetivo y actividades

<b>PROBLEMA DE COLABORACIÓN: FUNCIÓN VENTILATORIA INEFICAZ</b>	
<b>OBJETIVO:</b> El paciente mejorará la ventilación, llegando a ser espontánea.	
<b>NIC 1:</b> 3300	<b>ACTIVIDADES 1:</b>
Manejo de la ventilación mecánica: Invasiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar al menos una vez por turno la correcta colocación y fijación del tubo orotraqueal (TOT).</li> <li>- Realizar una vez por turno y s/p la higiene bucal, cambiando güedel, marca dental y cinta de sujeción..</li> <li>- Comprobar una vez por turno las alarmas y tubuladuras del respirador.</li> <li>- Vigilar de manera constante la adaptación al respirador.</li> <li>- Vigilar que el paciente se encuentra sedado y no hace el intento de autoextubación.</li> </ul>

Tabla 10. Problema de colaboración: Función ventilatoria ineficaz. Objetivo y actividades

<b>COMPLICACIÓN POTENCIAL: OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA</b>	
<b>OBJETIVO:</b> El paciente no presentara acumulo de secreciones en vía aérea superior e inferior.	
<b>NIC 1:</b> 0430	<b>ACTIVIDADES 1:</b>
Aspiración de la vía aérea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar aspiración bucal cuando presente secreciones.</li> <li>- Realizar aspiración traqueal por TOT con el sistema de aspiración cerrado cuando presente secreciones.</li> </ul>

Tabla 11. Complicación potencial: Obstrucción de la vía aérea. Objetivo y actividades

Del sexto al onceavo día, JGA estuvo intubado. Durante esos días, para valorar la situación neurológica se realizan las ventanas de sedación, durante las que se observa HTA con bradicardias hasta 34 lpm que ceden espontáneamente. Esto nos indica un posible aumento de la PIC por un aumento de los estímulos que está recibiendo. En la exploración física se observa un aumento de hemiparesia en el hemicuerpo derecho,

llegando a 1/5 en la escala Daniels, mientras que con el hemicuerpo izquierdo obedece órdenes sencillas. Respiratoriamente, se observa una mejoría diaria, disminuyendo las secreciones traqueales, y los accesos de tos. Por ello, se pudo ir modificando los parámetros del respirador, hasta llegar a respiración espontánea con presión de soporte (PS). Además, en la Rx de tórax se aprecia una disminución de los infiltrados del pulmón derecho (ver anexo 2). La función renal se encuentra alterada ya que el paciente realizó balances hídricos positivos varios días (ver anexo 4), que derivaron en anasarca. Los primeros días de este bloque siguió presentando fiebre de 38.1°C, que precisó la extracción de hemocultivos, y con el paso de los días fue disminuyendo. Durante esos días hubo cambios en el tratamiento, disponibles en el anexo 4.

### **Bloque III: Plan de Cuidados del día 12 al 16 de ingreso<sup>(9,10)</sup>**

Al doceavo día de ingreso, JGA fue extubado debido a una mejoría clínica de la función respiratoria. Tras la retirada del tubo oro-traqueal, se colocaron gafas nasales de alto flujo (GNAF) con 20L de aire y 20L de O<sub>2</sub>, manteniendo saturaciones superiores al 98% y una mecánica respiratoria adecuada. Neurológicamente se encuentra orientado en las tres esferas (tiempo, lugar y persona) aunque en el turno de noche sufrió un pequeño cuadro de confusión que se solventó con haloperidol. El hemicuerpo izquierdo lo moviliza sin problemas, y en el derecho empieza a recuperar el tono muscular con una puntuación de 2 – 3/5 en la escala Daniels. Se suspenden todas las perfusiones excepto la de Fentanilo (ver anexo 4). Continúa con diuresis por SV con un débito adecuado (ver anexo 4). En el momento de la extubación, también se retira la SNG y se suspende NE.

Debido a cambios en la situación de salud del paciente, el plan de cuidados es nuevamente modificado. Se suspenden aquellos cuidados relacionados con la hipertermia y la necesidad de ventilación mecánica ya que se resolvieron los problemas que motivaron su pauta. Se mantienen los cuidados que siguen siendo necesarios debido a la patología de ingreso del paciente (ver tabla 12).

<b>PROBLEMA DE COLABORACIÓN: EXTUBACIÓN</b>	
<b>OBJETIVO:</b> Proceder a la extubación del paciente sin incidencias.	
<b>NIC 1:</b> 3310	<b>ACTIVIDADES 1:</b>
Destete de la Ventilación Mecánica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pondrá al paciente en la modalidad de ventilación espontánea de manera previa a la extubación durante 20 – 30 min para comprobar su mecánica ventilatoria.</li> <li>- Se aspirará la vía aérea antes de la extubación.</li> <li>- Tras la extubación se colocará el aporte de O<sub>2</sub> necesario para mantener SatO<sub>2</sub> óptimas.</li> </ul>

Tabla 12. Problema de colaboración: Extubación. Objetivo y actividades

En los últimos 4 días de ingreso, se le fue disminuyendo el aporte de oxígeno de las GNAF hasta llegar a GN. Días después fue capaz de mantener saturaciones basales de 99 – 100% sin O<sub>2</sub>. Neurológicamente se observó una mejoría en la fuerza y movilidad del hemicuerpo izquierdo, llegando a levantarse al sillón con ayuda. Además se inició rehabilitación motora para una mejor recuperación. Se retiró antibioterapia y se modificó la vía de administración de parte del tratamiento debido al inicio de la tolerancia oral (ver anexo 4). En estos días JGA se encontraba más tranquilo y agradecido por haber mejorado su estado de salud, con muchas ganas de volver a su domicilio y continuar con su vida. Tras 16 días de ingreso en UCI, el equipo decide el alta a planta por mejoría general del paciente (ver tabla 13).

<b>PROBLEMA DE COLABORACIÓN: PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ</b>	
<b>OBJETIVO:</b> El paciente mantendrá una SatO <sub>2</sub> óptima sin aporte de O <sub>2</sub> .	
<b>NIC 1:</b> 3320	<b>ACTIVIDADES 1:</b>
Oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir progresivamente el aporte de O<sub>2</sub> necesario para mantener SatO<sub>2</sub> óptimas.</li> <li>- Realizar diariamente fisioterapia respiratoria.</li> </ul>

Tabla 13. Problema de colaboración: Patrón respiratorio ineficaz. Objetivo y actividades



## 10. EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

Se realizó una evaluación diaria para observar si la ejecución de las actividades propuestas en el plan de cuidados se iba cumpliendo y se iban solventando los problemas de salud presentes. Tras los 16 días de ingreso se realiza la correspondiente evaluación final con el objetivo de conocer si se han cumplido los objetivos planteados para cada problema. Para ello, se seleccionan unos indicadores (NOC) con los que evaluaremos la situación pasada y actual del paciente, observando su evolución en el tiempo (ver tabla 14 – 16).<sup>(16)</sup>

<b>PROBLEMA A RESOLVER:</b> Atelectasia, neumonía, función ventilatoria ineficaz y patrón respiratorio ineficaz.				
<b>NOC/CRITERIOS DE RESULTADOS</b>				
0415: Estado respiratorio.				
<b>INDICADOR 1</b>				
041501: Frecuencia respiratoria				
1	2	3	4	5*
<b>INDICADOR 2</b>				
041503: Profundidad de la respiración				
1	2	3	4	5*
<b>INDICADOR 3</b>				
041508: Saturación de O <sub>2</sub>				
1	2	3	4	5*
<b>INDICADOR 3</b>				
041514: Disnea en reposo				
1	2	3	4	5*

\* 1 = Desviación grave del rango normal; 5 = Sin desviación del rango normal.

El número rojo indica su situación inicial, y el verde la situación actual.

Tabla 14. Resultados de problemas respiratorios.

<b>PROBLEMA A RESOLVER:</b> Hipertermia				
<b>NOC/CRITERIOS DE RESULTADOS</b>				
0800: Termorregulación.				
<b>INDICADOR 1</b>				
080019: Hipertermia				
1	2	3	4	5*

\* 1 = Desviación grave del rango normal; 5 = Sin desviación del rango normal.

El número rojo indica su situación inicial, y el verde la situación actual.

Tabla 15. Resultados del problema hipertermia.

<b>PROBLEMA A RESOLVER:</b> Ansiedad				
<b>NOC/CRITERIOS DE RESULTADOS</b>				
1300: Aceptación: Estado de salud.				
<b>INDICADOR 1</b>				
130008: Reconoce la realidad de la situación				
1	2	3	4	5*
<b>INDICADOR 2</b>				
041514: Realiza tareas de autocuidado				
1	2	3	4	5*
<b>INDICADOR 2</b>				
041520: Expresa autoestima positiva				
1	2	3	4	5*

\* 1 = Nunca demostrado; 5 = Siempre demostrado.

El número rojo indica su situación inicial, y el verde la situación actual.

Tabla 16. Resultados del problema ansiedad.

Tras esta evaluación del plan de cuidados, podemos concluir que los objetivos se han cumplido, alcanzándose los resultados en salud deseados. La neumonía complicó la evolución clínica del paciente, no obstante, se pudo solventar de manera eficaz. Por otro lado, la motivación del paciente por recuperarse influyó de manera favorable en su mejoría clínica en la tercera parte del plan de cuidados y en la duración del ingreso hospitalario.<sup>(17)</sup>

Dado que se ha resuelto el problema de ingreso del paciente y los que han surgido durante el ingreso, se da por finalizado el plan de cuidados en la UCI. Previo al alta se hace el informe con los cuidados que deben mantenerse hasta su reevaluación por los o las profesionales que le atenderán en la planta.

## **11. DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

La HSA es un tipo de enfermedad cerebrovascular, que constituye la tercera causa de muerte tras la enfermedad cardiovascular y oncológica; y la primera de discapacidad en los países subdesarrollados. Esto, junto con su incidencia de aproximadamente 4.000 casos anuales hace necesarios unos cuidados precoces y de calidad para intentar reducir las secuelas que pueden producirse y los éxitos.<sup>(18)</sup>

Es posible que la estancia en la UCI del paciente hubiera sido menor si no hubiera presentado una neumonía de la comunidad ya que ésta complicó la situación clínica. A pesar de ello, se consiguieron los objetivos planteados realizando unos cuidados eficaces y holísticos.

Analizando el plan de cuidados que se llevó a cabo, durante el bloque II donde el paciente se encontraba intubado, se echa en falta la realización de movimientos pasivos en las extremidades y articulaciones del paciente al menos una vez por turno. A pesar de que se solicitó una interconsulta con fisioterapia, no es suficiente para evitar el síndrome de desuso, que afortunadamente no apareció debido al buen tono muscular del paciente. Dado que lo que se expone aquí es el plan de cuidados que se le realizó, al hacer una estandarización del mismo se debería incluir este cuidado en él.

La misma patología no afecta a todos los pacientes por igual, ya que influye el estado previo de salud de cada uno. Hay que tener siempre presente que una buena valoración y planificación de los cuidados influye en la evolución y recuperación de los pacientes. Sería de interés para la práctica enfermera poder cuantificar el nivel de impacto que tiene este tipo de cuidados en la mejora de la salud de estos pacientes con patología aguda lo que sin duda repercute en su estancia hospitalaria, los gastos que se generan y por otro lado en la satisfacción de los y las profesionales. .

Aunque los factores de riesgo que influyen en la aparición de la HSA son los que pueden producir cualquier enfermedad cerebrovascular, hay que trabajar en la concienciación a la población de la importancia de llevar un estilo vida saludable para así reducir los FR, mejorar la calidad de vida y reducir las enfermedades cerebrovasculares de las personas.

Los planes de cuidados estandarizados son vías de cuidados realizadas por personal especializado en el área de cuidado, para todas las personas que presentan determinados

procesos de salud comunes. Éstos nos ayudan en la ejecución de cuidados de excelencia de manera más sencilla. Además nos ayudan a cubrir todos los patrones en los que hay déficit. Este caso clínico podemos encontrar el plan de cuidados en pacientes con HSA aneurismática cuyo tratamiento ha sido la embolización. Además debido a la intubación como consecuencia de la neumonía, también podemos encontrar los cuidados propios para pacientes intubados y con patología respiratoria. Y por último los cuidados propios del paciente encamado en la UCI. Estos planes de cuidados pueden ser estandarizados para facilitar el cuidado a aquellas personas que no están familiarizadas con dichas patologías. En la práctica, éstos planes de cuidados habría adecuarlos a las necesidades actuales que presentara el paciente.

Por otro lado, no debemos olvidar aplicar los pasos del proceso enfermero con un marco teórico de referencia en cada uno de los pacientes que cuidamos las enfermeras. De este modo, sus demandas de cuidado siempre estarán cubiertas y gracias a una observación continua de la situación de las personas y la reevaluación del plan de cuidado realizado, podemos detectar de forma precoz los nuevos problemas de salud que pueden aparecer y atajarlos antes de que se conviertan en un problema real.

Cómo dijo Florence Nightingale: *“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.”* <sup>(19)</sup>

## **12. LIMITACIONES:**

En el momento de la valoración y planificación del plan de cuidados, han aparecido ciertas dificultades debido a la complejidad de la situación y mi déficit de conocimientos.

La primera e importante dificultad que apareció a la hora de realizar la valoración fue la comunicación verbal con el paciente. Dado su cefalea al ingreso, no se mostraba muy colaborador en la entrevista lo que requirió una segunda entrevista a sus familiares. Por otro lado, la evaluación diaria se fue dificultando por la aparición de nuevos problemas y la complejidad de la situación.

Otras dificultades han sido los escasos conocimientos en cuidados de pacientes con HSA, dada mi poca experiencia en la UCI. Por ello tuve que reforzar mis conocimientos acerca de los cuidados a realizar y su justificación. La información necesaria se obtuvo a través de las enfermeras y contrastada con la búsqueda de su evidencia científica a través de las búsquedas en las bases de datos de ciencias de la salud (CCSS) y en páginas web especializadas. Esta dificultad cada día iba disminuyendo a medida que mis conocimientos aumentaban.

Desde mi punto de vista, no hubo limitaciones en recursos materiales, ya que JGA tuvo un colchón antiescaras por la inmovilidad, y siempre que era necesario se llevaban a cabo los cuidados necesarios utilizando el material que fuera necesario. En alguna ocasión, por falta de tiempo por congestión del turno, se han realizado las actividades de manera rápida e incluso alguna ha quedado pendiente para el turno de tarde.

### **13. BIBLIOGRAFÍA**

- (1) Vivancos J et al. Clinical management guidelines for subarachnoid haemorrhage. Diagnosis and treatment. Neurología 2014 06/10/2012;29(6):353 - 70.
- (2) Lagares A, Gómez PA, Alén JF, Arian F, Sarabia R, Horcajadas A, et al. Hemorragia subaracnoidea aneurismática: guía de tratamiento del Grupo de Patología Vascular de la Sociedad Española de Neurocirugía. Neurocirugía 2011;22(2):93-115.
- (3) Brad E. Zacharia, Zachary L. Hickman, Bartosz T. Grobelny, Peter DeRosa, Ivan Kotchetkov, Andrew F. Ducruet, et al. Epidemiology of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. Neurosurgery Clinics of North America 2010;21:221 - 233.
- (4) M. Rodríguez-Yáñez, M. Castellanos, et al. Guías de actuación clínica en la hemorragia intracerebral. Elsevier. Neurología 2011 13/05/2011; 28(4):236 - 249.
- (5) Berbiglia V, Banfield B. Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de Autocuidado. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A, editores. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2011. p. 265 - 285.
- (6) Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería Global 2010:0-0.
- (7) Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson - Salvat Enfermería; 1993.
- (8) Dr. Cid J, Dr. Acuña, JP, Dr. De andrés J, Dr. Díaz L, Dra. Gómez - Caro, L. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico. Revista Médica Clínica - Las Condes 2014 09/06/2014;25(4):687 - 697.

(9) Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para su uso clínico. Escala de Coma de Glasgow. 2014; Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT6\\_EscComaGlasgow.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT6_EscComaGlasgow.pdf). Fecha de acceso 15/12/2015.

(10) Hislop H. Daniels & Worthinghan. Técnicas de balance muscular. 7a ed.: Elsevier; 2003. p. 2.

(11) Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices e índices de valoración enfermera en formato para su uso clínico. Test de Riesgo de Úlcera por Presión: Braden. 2014; Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT2\\_RiesgoUPP\\_BRADEN.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT2_RiesgoUPP_BRADEN.pdf). Fecha de acceso 15/12/2015.

(12) Luis Rodrigo M. Diagnósticos enfermeros frente a problemas de colaboración. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª ed ed. Barcelona: Masson; 2008. p. 33 - 39.

(13) VVAA. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2012 - 2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

(14) Bulechek G, Butcher H, McClosley JE. Clasificación Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

(15) VV.AA. Manual de técnicas y procedimientos para enfermería. Primera ed. Majadahonda (Madrid); 2015.



(16) Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson EE. Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC). Cuarta ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

(17) Alfaro - LeFebre R. Evaluación. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2002. p. 188 - 197.

(18) VV.AA. Recomendaciones - Guía de práctica clínica en la hemorragia subaracnoidea por rotura de aneurisma intracraneal. Revista Española de Anestesiología y Reanimación 2010 02/12/2010;57(2).

(19) Pensamientos celebres. Disponible en:

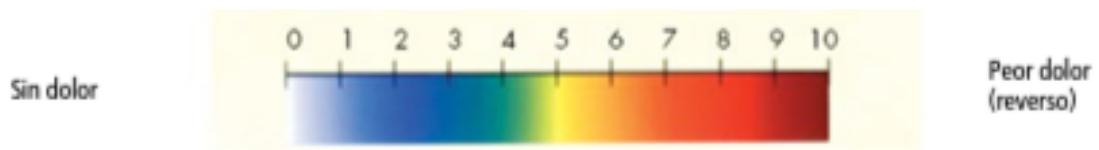
<http://www.pensamientoscelebres.com/frase/laobservacionindicacomoestaelpacientelareflexionindicaquehay/1>. Fecha de acceso 13/05/2016

## 14. ANEXOS

### ANEXO 1: Escala Visual Numérica (EVN) <sup>(8)</sup>

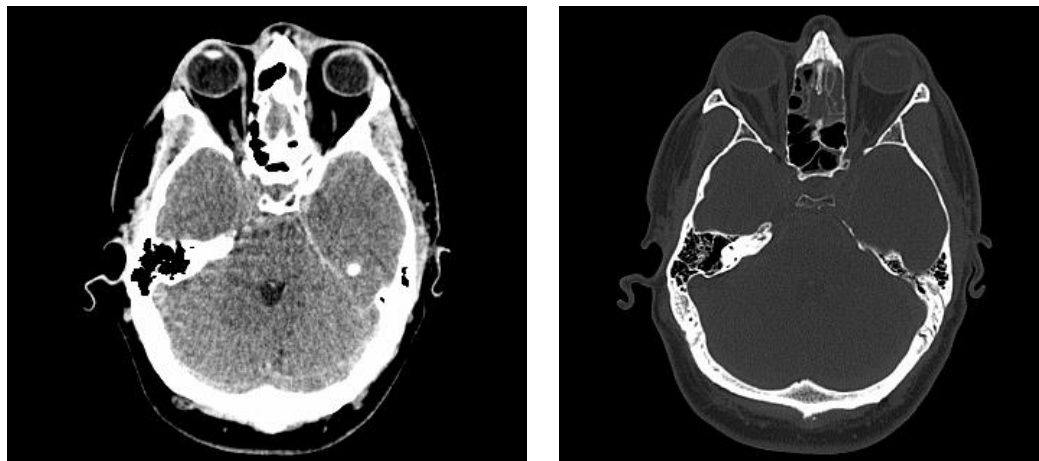
Es una escala verbal unidimensional para la valoración de la intensidad del dolor en pacientes adultos conscientes.

La línea está numerada de 0 a 10 y el paciente tiene que decir un número entre "No Dolor" (0 puntos) y "El Peor Dolor Imaginable" (10 puntos).

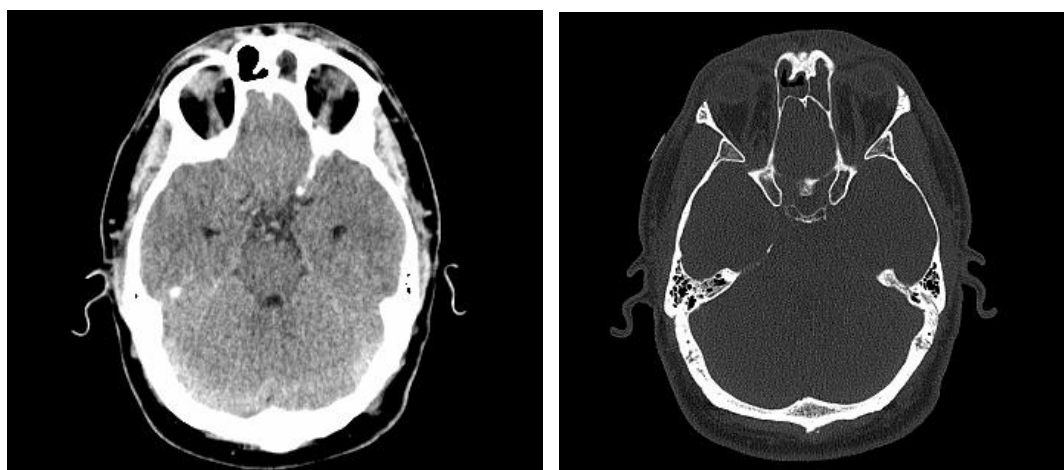


## **ANEXO 2: Pruebas de imagen**

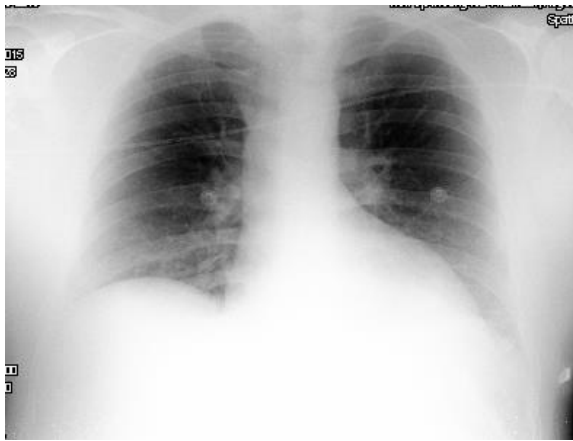
Tomografía computarizada (TC) del día de ingreso. Diciembre de 2015.



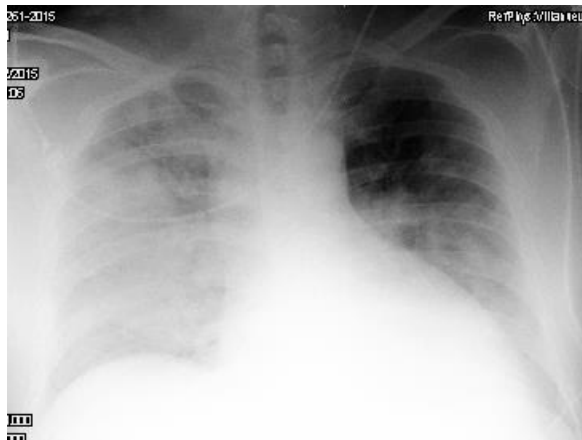
TC del 4º día de ingreso. Diciembre de 2015.



Radiografía (Rx) de tórax del día de ingreso. Diciembre de 2015.



Rx de tórax del 3° día de ingreso. Diciembre de 2015.



Rx de tórax del 12° día de ingreso. Diciembre de 2015.










### **ANEXO 3: Escala de Coma de Glasgow <sup>(9)</sup>**

- Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada que consta de 3 ítems, con un rango de puntuación que oscila entre 3 y 15. A menor puntuación, mayor profundidad del coma. Presenta 2 puntos de corte, que clasifica el coma en grave (3 – 8 puntos), moderado (9 – 12 puntos) o leve (13 – 15 puntos).

<b>Puntuación</b>	<b>Respuesta apertura ocular</b>	<b>Respuesta verbal</b>	<b>Respuesta motora</b>
6	-----	-----	Obedece órdenes
5	-----	Orientada	Localiza el dolor
4	Espontánea	Confusa	Retira al dolor
3	A órdenes verbales	Palabras inapropiadas	Flexión anormal
2	A estímulo doloroso	Sonidos incomprensibles	Respuesta en extensión
1	No hay respuesta	No hay respuesta	No movimientos

## ANEXO 4: Entrada y salida de fluidos

Leyenda			
 Nota	 Inicio tratamiento	 Continuo	 No administración
 Suspendido	 Fin tratamiento	 Pausa	

1 hora x 24		UCPO (UCPO)																							
<input type="checkbox"/> Mostrar sólo filas con datos		13/12/2015																							
<input checked="" type="checkbox"/> Mostrar subencabezados																									
		Fluidos E/S																							
FLUIDOS +																									
ANTAGONISTAS DEL CALCIO																									
Nimodipino C08CA (mL/h) 0-0,5 mcg/kg/min																									
OPIACEOS																									
Fentanil N01AH (mL/h) 48-144 mcg/h																									
A01: SOLUCIONES ELECTROLITOS																									
Plasmalyte 100 mL a los 60 mL/h																									
A05: DILUYENTES																									
Metamizol MG N02BB 2 g / Salino 0,9% B0...																									
Metoclopramida A03FA 10 mg / Salino 0,9%...																									
Omeprazol A02BC 40 mg / Salino 0,9% B05X...																									
Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0,9% B05X...																									
Urapidilo C02CA 12,5 mg / Salino 0,9% B05...																									
Acido tranexámico B02AA 1000 mg / Salino ...																									
FLUIDOS -																									
Orina																									
Diuresis Continuo Continuas																									
Diuresis Continuo Continuas																									
Salida fluidos																									
Pérdidas insensibles PRN x 7d PRN																									
Vómitos PRN x 7d PRN																									
Vómitos PRN x 7d PRN																									

1 hora x 24	UCPG (UCPG) 15/12/2015																							
<input type="checkbox"/> Mostrar sólo filas con datos	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<input checked="" type="checkbox"/> Mostrar subencabezados	Fluidos E/S																							
FLUIDOS +																								
ANTAGONISTAS DEL CALCIO																								
Nimodipino C08CA (mL/h) 0-0,5 mcg/kg/min	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
OPÍACEOS																								
Fentanil N01AH (mL/h) 48-144 mcg/h	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
A01- SOLUCIONES ELECTROLITOS																								
Plasmalyte 100 mL a los 60 mL/h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
A05- DILUYENTES																								
Dexketoprofeno 50 mg / Salino 0,9% B05XA...												50												
Dexketoprofeno 50 mg / Salino 0,9% B05XA...																								
Metamizol MG N02BB 2 g / Salino 0,9% B0...	100								100								49				50			49
Omeprazol A02BC 40 mg / Salino 0,9% B05X...									100															
Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0,9% B05X...				100							100								100					
Piperacilina /Tazobactam J01CR 4,5 g / S...											50						100					100		
A30- DIETA ORAL																								
Aqua 50 mL																				100		100		
FLUIDOS -																								
Orina																								
Diuresis Continuo Continuas	0120	0260	0420	0600			0660	0730	8030		4000	5400	6400	6400	9450	0500	1150	1390	1550	1620		1920	0060	0400
Diuresis Continuo Continuas	65	140	160	180			80	50	300		400	140	100	200	105	105	100	240	160	70		300	140	340
Salida fluidos																								
Heces PRN x 7d PRN																								
Pérdidas insensibles PRN x 7d PRN								350								350							350	
Vómitos PRN x 7d PRN																								
Vómitos PRN x 7d PRN																								
1 hora x 24	UCPG (UCPG) 16/12/2015																							
<input type="checkbox"/> Mostrar sólo filas con datos	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<input checked="" type="checkbox"/> Mostrar subencabezados	Fluidos E/S																							
FLUIDOS +																								
ANTAGONISTAS DEL CALCIO																								
Nimodipino C08CA (mL/h) 0-0,5 mcg/kg/min	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
HIPNOTICOS																								
Propofol 2% N01AX (mL/h) 0,5-5 mg/kg/h	3	3	3	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	4,5	4,5	4,5	4,5
OPÍACEOS																								
Fentanil N01AH (mL/h) 48-144 mcg/h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
A01- SOLUCIONES ELECTROLITOS																								
Plasmalyte 100 mL a los 60 mL/h	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
A05- DILUYENTES																								
Metamizol MG N02BB 2 g / Salino 0,9% B0...									49								49							
Omeprazol A02BC 40 mg / Salino 0,9% B05X...										100														
Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0,9% B05X...				100							100									100				
Piperacilina /Tazobactam J01CR 4,5 g / S...					100						100						100					100		
A30- DIETA ORAL																								
Aqua 50 mL								50				201		150										
FLUIDOS -																								
Orina																								
Diuresis Continuo Continuas				0630	0660	0800	0200	0310	0470		0000	0520	0730	0930	0080	1320		0820	1930	0230		0510	0725	0325
Diuresis Continuo Continuas				230	350	100	120	110	160		300	220	210	200	160	230		500	110	300		380	115	600
Salida fluidos																								
Heces PRN x 7d PRN																								
Pérdidas insensibles PRN x 7d PRN									400						350							550		
Vómitos PRN x 7d PRN																								
Vómitos PRN x 7d PRN																								
1 hora x 24	UCPG (UCPG) 17/12/2015																							
<input type="checkbox"/> Mostrar sólo filas con datos	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<input checked="" type="checkbox"/> Mostrar subencabezados	Fluidos E/S																							
FLUIDOS +																								
ANTAGONISTAS DEL CALCIO																								
Nimodipino C08CA (mL/h) 0-0,5 mcg/kg/min	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
HIPNOTICOS																								
Propofol 2% N01AX (mL/h) 0,5-5 mg/kg/h	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	15	15	12	12
OPÍACEOS																								
Fentanil N01AH (mL/h) 48-144 mcg/h	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	6	6	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
A01- SOLUCIONES ELECTROLITOS																								
Plasmalyte 100 mL a los 60 mL/h	100	100	100	100	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	120	120	120	120	120	120
A05- DILUYENTES																								
Metamizol MG N02BB 2 g / Salino 0,9% B0...	49									49														
Metamizol MG N02BB 2 g / Salino 0,9% B05...																								
Omeprazol A02BC 40 mg / Salino 0,9% B05X...											100													
Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0,9% B05X...				100																				
Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0,9% B05X...																								
Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0,9% B05X...																								
Piperacilina /Tazobactam J01CR 4,5 g / S...					100							100												
A30- NUTRICION ENTERAL																								
NE normoproteica NOVASOURCE GI CONT...																								
A30- DIETA ORAL																								
Aqua 50 mL																								
Macroglol 25 mL / Agua 100 mL																								
FLUIDOS -																								
Orina																								
Diuresis Continuo Continuas				0745	0825		0425		0525		0000	0240	0340	0460	0555	0635	0635		0045	0135	0185	0325	0405	0475
Diuresis Continuo Continuas				420	180		300		300		0	240	100	120	105	120	200		160	100	40	140	80	160
Salida fluidos																								
Heces PRN x 7d PRN																								
Pérdidas insensibles PRN x 7d PRN																								
Vómitos PRN x 7d PRN									500								400		0				500	
Vómitos PRN x 7d PRN																								
1 hora x 24	UCPG (UCPG) 18/12/2015																							
<input type="checkbox"/> Mostrar sólo filas con datos	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<input checked="" type="checkbox"/> Mostrar subencabezados	Fluidos E/S																							
FLUIDOS +																								
ANTAGONISTAS DEL CALCIO																								
Nimodipino C08CA (mL/h) 0-0,5 mcg/kg/min	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
HIPNOTICOS																								
Propofol 2% N01AX (mL/h) 0,5-5 mg/kg/h	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	12	12	15	15	15	15	15	6	3	4
OPÍACEOS																								
Fentanil N01AH (mL/h) 48-144 mcg/h	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
A01- SOLUCIONES ELECTROLITOS																								
Plasmalyte 100 mL a los 60 mL/h	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
A05- DILUYENTES																								
Metamizol MG N02BB 2 g / Salino 0,9% B0...																								
Omeprazol A02BC 40 mg / Salino 0,9% B05X...											100													
Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0,9% B05X...																								
Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0,9% B05X...																								
Piperacilina /Tazobactam J01CR 4,5 g / S...																								
A30- NUTRICION ENTERAL																								
NE normoproteica NOVASOURCE GI CONT...																								
A30- DIETA ORAL																								
Aqua 50 mL																								
Macroglol 25 mL / Agua 100 mL																								
FLUIDOS -																								
Orina																								
Diuresis Continuo Continuas				0680	0745	0825	0835	0855	0050	0130	0135	0000	0280	0380	0475	0615	0615		0015	0315	0425	0555	0655	0330
Diuresis Continuo Continuas				45	65	80	70	70	85	80	65	0	280	100	95	140	200	200		300	110	140		240
Salida fluidos																								
Heces PRN x 7d PRN																								
Pérdidas insensibles PRN x 7d PRN																								
RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co...																								
RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co...																								
Vómitos PRN x 7d PRN																								

- 39 -



1 hora x 24	UCPG (UCPG) 22/12/2015																							
<input type="checkbox"/> Mostrar sólo filas con datos	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<input checked="" type="checkbox"/> Mostrar subencabezados																								
Fluidos E/S																								
FLUIDOS +																								
ANTAGONISTAS DEL CALCIO																								
Nimodipino C08CA (mL/h) 0-0.5 mcg/kg/min	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
HIPNOTICOS																								
Midazolam (mL/h) 2-20 mg/h				3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Propofol 2% N01AX (mL/h) 0.5-5 mg/kg/h	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
HIPOTENSORES																								
Urapidilo C02CA (mL/h) 5 mg/h	2.5	3	4	4	4	4	4	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
Urapidilo C02CA (mL/h) 0.50 mg/h																					3.5	3.5		
OPIACEOS																								
Fentanil N01AH (mL/h) 48-144 mcg/h	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
A01- SOLUCIONES ELECTROLITOS																								
Plasmalyte 100 mL a los 60 mL/h	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
A05- DILUYENTES																								
Cefotaxima J01DA 2 g / Salino 0.9% B05XA						100						100								100				
Metamizol MG N02BB 2 g / Salino 0.9% B0						100														100				
Omeprazol A02BC 40 mg / Salino 0.9% B05X												100												
Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0.9% B05X	100							100										100						
A20- NUTRICION ENTERAL																								
NE ISOSOURCE STANDAR 500 mL a los 60	+	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
A30- DIETA ORAL																								
Aqua 100 mL		50					50						50	50					50					
FLUIDOS -																								
Orina																								
Diuresis Continuo Continuas	(610)	(705)	(805)	(880)	(950)	(1035)	(1030)	(1125)		(150)	(200)	(350)	(450)	(550)	(650)		(680)	(1020)	(1140)	(1250)	(1350)	(1450)	(1520)	(1620)
Diuresis Continuo Continuas	60	95	100	75	80	75	45	45		150	50	160	100	100	100		220	140	120	110	100	110	160	
Salida fluidos																								
Heces PRN x 7d PRN																350								
Pérdidas insensibles PRN x 7d PRN								500		200								50						
RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.	(140)						(140)							(140)	(140)				(140)		500			
RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.	0						0							0	0				0					

1 hora x 24	UCPG (UCPG) 23/12/2015																							
<input type="checkbox"/> Mostrar sólo filas con datos	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<input checked="" type="checkbox"/> Mostrar subencabezados																								
Fluidos E/S																								
FLUIDOS +																								
ANTAGONISTAS DEL CALCIO																								
Nimodipino C08CA (mL/h) 0-0.5 mcg/kg/min	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
HIPNOTICOS																								
Midazolam (mL/h) 2-20 mg/h	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
Propofol 2% N01AX (mL/h) 0.5-5 mg/kg/h	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	10	10	10	10	10	14
HIPOTENSORES																								
Nicardipino (mL/h) 0-15 mg/h															4	4	4	4	4	4	4	5	5	7
Urapidilo C02CA (mL/h) 0.50 mg/h	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
OPIACEOS																								
Fentanil N01AH (mL/h) 48-144 mcg/h	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
A01- SOLUCIONES ELECTROLITOS																								
Plasmalyte 100 mL a los 60 mL/h	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
A05- DILUYENTES																								
Cefotaxima J01DA 2 g / Salino 0.9% B05XA						50						50							50					
Metamizol MG N02BB 2 g / Salino 0.9% B0																								
Omeprazol A02BC 40 mg / Salino 0.9% B05X												100												
Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0.9% B05X	100							100																
A20- NUTRICION ENTERAL																								
NE ISOSOURCE STANDAR 500 mL a los 60	+	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
A30- DIETA ORAL																								
Aqua 50 mL	100						50						50						50					
FLUIDOS -																								
Orina																								
Diuresis Continuo Continuas	(675)	(765)	(820)	(870)	(905)	(1015)	(1075)	(1195)		(180)		(340)	(420)	(600)	(740)		(800)	(750)	(880)	(1000)	(1150)	(1225)	(1335)	(1435)
Diuresis Continuo Continuas	55	90	55	50	35	110	60	120		160		180	80	380	440		360	160	120	120	150	75	310	
Salida fluidos																								
Heces PRN x 7d PRN								0																
Pérdidas insensibles PRN x 7d PRN								450									400							
RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.	(140)						(140)										400							
RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.	0						0												(140)	0				

1 hora x 24	UCPG (UCPG) 24/12/2015																							
<input type="checkbox"/> Mostrar sólo filas con datos	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<input checked="" type="checkbox"/> Mostrar subencabezados																								
Fluidos E/S																								
FLUIDOS +																								
ANTAGONISTAS DEL CALCIO																								
Nimodipino C08CA (mL/h) 0-0.5 mcg/kg/min	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
HIPNOTICOS																								
Midazolam (mL/h) 2-20 mg/h	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	6	6	6	6						
Propofol 2% N01AX (mL/h) 0.5-5 mg/kg/h	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	14
HIPOTENSORES																								
Nicardipino (mL/h) 0-15 mg/h	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8
OPIACEOS																								
Fentanil N01AH (mL/h) 48-144 mcg/h	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Fentanil N01AH (mL/h) 48-144 mcg/h	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
A01- SOLUCIONES ELECTROLITOS																								
Plasmalyte 100 mL a los 60 mL/h	+																							
A05- DILUYENTES																								
Cefotaxima J01DA 2 g / Salino 0.9% B05XA						50						50								50				
Metamizol MG N02BB 2 g / Salino 0.9% B05																								
Omeprazol A02BC 40 mg / Salino 0.9% B05X												100												
Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0.9% B05X	100																							
A20- NUTRICION ENTERAL																								
NE ISOSOURCE STANDAR 500 mL a los 60	+	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
A30- DIETA ORAL																								
Aqua 50 mL	50						50					50												
Macrogol 25 mL / Aqua 100 mL																								
Volumen comidas 200 mL																								
FLUIDOS -																								
Orina																								
Diuresis Continuo Continuas	(635)	(735)		(825)	(1125)	(1205)	(835)	(100)	(400)	(450)	(550)	(720)	(920)	(140)			(160)	(1350)	(1120)	(140)	(180)	(250)	(270)	(880)
Diuresis Continuo Continuas	160	90		240	100	80	105	85	0	300	150	140	130	200	220		460	360	140	180	250	220	110	240
Salida fluidos																								
Heces PRN x 7d PRN																								
Pérdidas insensibles PRN x 7d PRN								500																
RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.	(140)						(140)																	
RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.	0						0																	

1 hora x 24

☐ Mostrar sólo filas con datos  
☒ Mostrar subencabezados

UCPG (UCPG)

25/12/2015

00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Fluidos E/S

FLUIDOS +

ANTAGONISTAS DEL CALCIO

Nimodipino C08CA (mL/h) 0-0.5 mcg/kg/min

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

HIPO TENSORES

Nicardipino (mL/h) 0-15 mg/h

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

OPIACEOS

Fentanyl N01AH (mL/h) 48-144 mcg/h

4

4

4

4

4

4

4

4

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

A05- DILUYENTES

Cefotaxima J01DA 2 g / Salino 0.9% B05XA

50

Haloperidol N05AD 5 mg / Salino 0.9% B05X

50

Omeprazol A02BC 40 mg / Salino 0.9% B05X

A30- DIETA ORAL

Aqua 100 mL

Macrofol 25 mL / Agua 100 mL

Volumen comidas 400 mL

FLUIDOS -

Orina

Diuresis Continuo Continuas

8240

8500

8840

4040

6160

4220

4410

0

420

740

860

1070

1230

1320

1540

1780

1900

2050

2200

2310

2810

Diuresis Continuo Continuas

120

260

340

200

120

110

140

0

420

320

120

210

160

90

320

140

120

150

150

110

500

Salida fluidos

Heces PRN x 7d PRN

150

Pérdidas insensibles PRN x 7d PRN

RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.

RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.

1 hora x 24

☐ Mostrar sólo filas con datos  
☒ Mostrar subencabezados

UCPG (UCPG)

26/12/2015

00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Fluidos E/S

FLUIDOS +

ANTAGONISTAS DEL CALCIO

Nimodipino C08CA (mL/h) 0-0.5 mcg/kg/min

HIPO TENSORES

Nicardipino (mL/h) 0-15 mg/h

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

8

OPIACEOS

Fentanyl N01AH (mL/h) 48-144 mcg/h

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

1.5

A05- DILUYENTES

Cefotaxima J01DA 2 g / Salino 0.9% B05XA

50

Omeprazol A02BC 40 mg / Salino 0.9% B05X

Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0.9% B05X

A30- DIETA ORAL

Aqua 50 mL

100

Macrofol 25 mL / Agua 100 mL

Volumen comidas 300 mL

FLUIDOS -

Orina

Diuresis Continuo Continuas

8190

8590

8310

4210

840

7000

6000

4080

1460

1580

1080

2340

2560

Diuresis Continuo Continuas

380

400

320

300

340

360

200

180

380

120

500

260

220

Salida fluidos

Heces PRN x 7d PRN

Pérdidas insensibles PRN x 7d PRN

RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.

RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.

1 hora x 24

☐ Mostrar sólo filas con datos  
☒ Mostrar subencabezados

UCPG (UCPG)

27/12/2015

00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Fluidos E/S

FLUIDOS +

HIPO TENSORES

Nicardipino (mL/h) 0-15 mg/h

7

6

5

4

4

4

3

3

2

2

A05- DILUYENTES

Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0.9% B05X

100

A30- DIETA ORAL

Aqua 100 mL

Macrofol 25 mL / Agua 100 mL

Volumen comidas 450 mL

FLUIDOS -

Orina

Diuresis Continuo Continuas

8610

4360

Diuresis Continuo Continuas

600

750

Salida fluidos

Heces PRN x 7d PRN

Pérdidas insensibles PRN x 7d PRN

RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.

RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.

1 hora x 24

☐ Mostrar sólo filas con datos  
☒ Mostrar subencabezados

UCPG (UCPG)

28/12/2015

00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Fluidos E/S

FLUIDOS +

HIPO TENSORES

Nicardipino (mL/h) 0-15 mg/h

A05- DILUYENTES

Paracetamol N02BE 1 g / Salino 0.9% B05X

A30- DIETA ORAL

Aqua 250 mL

100

Macrofol 25 mL / Agua 100 mL

Volumen comidas 200 mL

FLUIDOS -

Orina

Diuresis Continuo Continuas

Diuresis Continuo Continuas

Salida fluidos

Heces PRN x 7d PRN

Pérdidas insensibles PRN x 7d PRN

RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.

RESTOS NUTRICION ENTERAL Continuo Co.

## **ANEXO 5: Escala Daniels** <sup>(10)</sup>

Escala manual para la valoración de la fuerza muscular en extremidades. A menor puntuación, menor fuerza muscular. Es aconsejable hacerlo en ambos miembros superiores o inferiores para comparar los hemicuerpos.

<b>Puntuación</b>	<b>Respuesta apertura ocular</b>
0	Ausencia de contracción
1	Contracción sin movimientos
2	Movimiento que no vence la gravedad
3	Movimiento completo que vence la gravedad
4	Movimiento con resistencia parcial
5	Movimiento con resistencia máxima

## ANEXO 6: Escala de Riesgo de UPP: Braden <sup>(11)</sup>

- Población diana: Población general hospitalizada. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 6 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem “Fricción y rozamiento” que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión. Los autores sugieren tener en cuenta también otros factores como la edad y el estado funcional.

<b>Puntos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Percepción sensorial</b>	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
<b>Humedad</b>	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
<b>Actividad</b>	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
<b>Movilidad</b>	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
<b>Nutrición</b>	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
<b>Fricción y deslizamiento</b>	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	- - - - -

## ANEXO 7: Cronograma de cuidados

[illegible][illegible][illegible]

1 hora x 24		UCPQ (UCPO) 16/12/2015																							
		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<input type="checkbox"/> Mostrar sólo filas con datos																									
<input checked="" type="checkbox"/> Mostrar subencabezados																									
Cuidados de enfermería																									
Asistencia																									
1. MEDIDAS GENERALES																									
Escala de Coma de Glasgow c/...		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Glucemia capilar c/6h indefinido																									
Posición de la cama Continuo ...		■	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
C00 HIGIENE																									
Aseo encamado. 1801 a A las ...																									
Cambio de ropa de cama PRN ...			✓								✓	✓													✓
Hidratación de piel con A. Gra...			✓								✓	✓													✓
Hidratación labial PRN x 7d PRN																			✓						
Higiene bucal De, Co, Ce x 15d											✓														
Lavado ojos. 1650 PRN x 7d PRN																									
C00 MOVILIDAD / SEGURIDAD																									
Colocar al paciente PRN x 7d ...			✓									✓								✓					

[illegible]

1 hora x 24		UCPG (UCPG)																							
		20/12/2015																							
		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Mostrar sólo filas con datos																									
Mostrar subencabezados																									
Asistencia		Cuidados de enfermería																							
1. MEDIDAS GENERALES																									
Glucemia capilar c/6h indefinido																									
Posición de la cama Continuo																									
ADD MANEJO VIA AEREA ARTIF..																									
Aspiración vía aérea 3160 PRN..																									
Cambio fijación PRN x 15d PRN																									
Guedell - Colocar 3180 PRN x 1..																									
Higiene bucal PRN x 15d PRN																									
Marca dental 3180 PRN x 15d P..																									
Presión neumo 3180 PRN x 15d..																									
C00 HIGIENE																									
Aseo encamado. 1801 a A las ..																									
Hidratación de piel con A. Gra..																									
Hidratación labial PRN x 7d PRN																									
Lavado ojos. 1650 PRN x 7d PRN																									
D00 CATETER ARTERIAL																									
Cateter arterial curar PRN x 7d..																									
F00 VIA CENTRAL																									
Via central - SD - curar 2440 P..																									
Q00 MOVILIDAD / SEGURIDAD																									
Colocar al paciente PRN x 7d ..																									
R00 CAMBIOS POSTURALES																									
Decúbito lateral izquierdo. 840 ..																									
Decúbito supino. 840 PRN x 15..																									

1 hora x 24		UCPG (UCPG)																							
		21/12/2015																							
		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Mostrar sólo filas con datos																									
Mostrar subencabezados																									
Asistencia		Cuidados de enfermería																							
1. MEDIDAS GENERALES																									
Glucemia capilar c/6h indefinido																									
Posición de la cama Continuo																									
ADD MANEJO VIA AEREA ARTIF..																									
Aspiración vía aérea 3160 PRN..																									
Cambio fijación PRN x 15d PRN																									
Guedell - Colocar 3180 PRN x 1..																									
Higiene bucal PRN x 15d PRN																									
Marca dental 3180 PRN x 15d P..																									
Presión neumo 3180 PRN x 15d..																									
C00 HIGIENE																									
Aseo encamado. 1801 a A las ..																									
Hidratación de piel con A. Gra..																									
Hidratación labial PRN x 7d PRN																									
Lavado ojos. 1650 PRN x 7d PRN																									
D00 CATETER ARTERIAL																									
Cateter arterial curar PRN x 7d..																									
F00 VIA CENTRAL																									
Via central - SD - curar 2440 P..																									
Q00 MOVILIDAD / SEGURIDAD																									
Colocar al paciente PRN x 7d ..																									
R00 CAMBIOS POSTURALES																									
Decúbito lateral izquierdo. 840 ..																									
Decúbito supino. 840 PRN x 15..																									

1 hora x 24		UCPG (UCPG) 22/12/2015																							
		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<input type="checkbox"/> Mostrar sólo filas con datos																									
<input checked="" type="checkbox"/> Mostrar subencabezados																									
		Cuidados de enfermería																							
Asistencia																									
1. MEDIDAS GENERALES																									
Glucemia capilar c/6h indefinido																									
Posición de la cama Continuo																									
ADD MANEJO VIA AEREA ARTIF..																									
Aspiración vía aérea 3160 PRN..																									
Cambio fijación PRN x 15d PRN																									
Guedell - Colocar 3180 PRN x 1..																									
Higiene bucal PRN x 15d PRN																									
Marca dental 3180 PRN x 15d P..																									
Presión neumo 3180 PRN x 15d..																									
D00 CATETER ARTERIAL																									
Cateter arterial curar PRN x 7d..																									
F00 VIA CENTRAL																									
Via central - SD - curar 2440 P..																									
Q00 MOVILIDAD / SEGURIDAD																									
Colocar al paciente PRN x 7d ..																									
R00 CAMBIOS POSTURALES																									
Decúbito lateral izquierdo. 840 ..																									
Decúbito supino. 840 PRN x 15..																									

1 hora x 24		UCPG (UCPG)																							
		25/12/2015																							
		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<input type="checkbox"/> Mostrar sólo filas con datos <input checked="" type="checkbox"/> Mostrar subencabezados																									
		Cuidados de enfermería																							
Asistencia																									
1. MEDIDAS GENERALES																									
Glucemia capilar c/6h indefinido																									
Posición de la cama Continuo ..		■	■	■	■	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
CDO HIGIENE																									
Aseo encamado, 1801 a PRN x ..																									
Cambio de sábanas PRN x 7 d ..																									
Hidratación de piel con A. Gra..		✓	✓								✓														
Hidratación de piel PRN x 7 d P.		✓	✓																						
Lavado ojos, 1650 PRN x 7 d PRN																									
CDO CATETER ARTERIAL																									
Cateter arterial curar PRN x 7d..																									
CDO VIA CENTRAL																									
Via central - SD - curar 2440 P.																									
CDO MOVILIDAD / SEGURIDAD																									
Movilización a la cama Continuo..																									
Movilizar - al sillón, 846 Contin..																									
CDO CAMBIOS POSTURALES																									
Decubito lateral izquierdo, 840 ..																									
Decubito supino, 840 PRN x 15																									



1 hora x 24		UCPG (UCPG)																							
		26/11/2015																							
		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		Cuidados de enfermería																							
Asistencia																									
1. MEDIDAS GENERALES																									
Glucemia capilar c/6h indefinido																									
Posición de la cama Continuo ..																									
C00 HIGIENE																									
Aseo encamado. 1801 a PRN x ..																									
Cambio de sábanas PRN x 7d ..																									
Hidratación de piel con A. Gra..																									
Hidratación de piel PRN x 7d P..																									
Lavado ojos. 1650 PRN x 7d PRN																									
D00 CATETER ARTERIAL																									
Cateter arterial curar PRN x 7d..																									
F00 VIA CENTRAL																									
Via central - SD - curar 2440 P..																									
Q00 MOVILIDAD / SEGURIDAD																									
Movilización a la cama Continuo..																									
Movilizar - al sillón. 846 Contin..																									
R00 CAMBIOS POSTURALES																									
Decubito lateral izquierdo. 840 ..																									
Decubito supino. 840 PRN x 15..																									

1 hora x 24		UCPG (UCPG)																							
		27/11/2015																							
		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
		Cuidados de enfermería																							
Asistencia																									
1. MEDIDAS GENERALES																									
Glucemia capilar c/6h indefinido																									
Posición de la cama Continuo ..																									
C00 HIGIENE																									
Aseo encamado. 1801 a PRN x ..																									
Cambio de sábanas PRN x 7d ..																									
Hidratación de piel con A. Gra..																									
Hidratación de piel PRN x 7d P..																									
Lavado ojos. 1650 PRN x 7d PRN																									
D00 CATETER ARTERIAL																									
Cateter arterial curar PRN x 7d..																									
F00 VIA CENTRAL																									
Via central - SD - curar 2440 P..																									
Q00 MOVILIDAD / SEGURIDAD																									
Movilización a la cama Continuo..																									
Movilizar - al sillón. 846 Contin..																									
R00 CAMBIOS POSTURALES																									
Decubito lateral izquierdo. 840 ..																									
Decubito supino. 840 PRN x 15..																									

1 hora x 24		UCPG (UCPG)														Dado de alta									
		28/12/2015																							
		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Cuidados de enfermería																									
Asistencia																									
1. MEDIDAS GENERALES																									
Glucemia capilar c/6h indefinido																									
Posición de la cama Continuo ...																									
C00 HIGIENE																									
Aseo encamado. 1801 a PRN x ...																									
Cambio de sábanas PRN x 7d ...																									
Hidratación de piel con A. Gra..																									
Hidratación de piel PRN x 7d P..																									
Lavado ojos. 1650 PRN x 7d PRN																									
F00 VIA CENTRAL																									
Via central - SD - curar 2440 P..																									
Q00 MOVILIDAD / SEGURIDAD																									
Movilización a la cama Continuo..																									
Movilizar - al sillón. 846 Contin..																									
R00 CAMBIOS POSTURALES																									
Decubito lateral izquierdo. 840 ..																									
Decubito supino. 840 PRN x 15..																									